SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 15 y 22 minutos)

La Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda da la bienvenida a la señora Ministra de Salud Pública, doctora María Julia Muñoz, al señor Subsecretario de dicha Cartera, doctor Fernández Galeano, y al Director General de Secretaría, economista Daniel Olesker.

El motivo de la convocatoria ha sido el tratamiento del proyecto de ley enviado por parte del Poder Ejecutivo sobre la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal Ejercicio 2005.

Tiene la palabra la señora Ministra.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Para nosotros es un gusto estar en esta Comisión.

Vamos a tratar de ser muy breves, a los efectos de poder dar respuesta a las inquietudes de los señores Senadores.

El Balance de Ejecución Presupuestal Ejercicio 2005, tal como está consignado, tuvo como eje fundamental la modificación en las inversiones y el modelo de atención en los servicios de salud del Estado, tratando de trabajar intensamente a efectos de mejorar las inversiones y, fundamentalmente, las instalaciones en el primer nivel de atención, tanto en Montevideo como en el interior del país. De la misma manera, se hicieron efectivos nuevos proyectos para el desarrollo de centros hospitalarios, como es el caso del Hospital Saint Bois que va a transformarse en Hospital general y en el cual, en estos momentos, se está llevando adelante una importante remodelación con el fin de albergar un centro oftalmológico que permita realizar intervenciones quirúrgicas en nuestro país en forma más sistemática y en mayor número, como la población del Uruguay necesita.

Por otro lado, hemos estudiado la mejora de la remuneración y el sistema de trabajo de nuestros recursos humanos, que son los artículos que se presentan para el año 2007, fundamentalmente, pero también hemos trabajado en la política de recursos humanos restableciendo, como marca nuestra Ley Orgánica, el ingreso por concurso. En ese sentido, se ha realizado un llamado a concurso de oposición y méritos para ocupar cien cargos de médico para el primer nivel de atención, prioritariamente con destino a las localidades del interior del país, que es donde hemos constatado la falta de profesionales, y también a centros de salud del departamento de Montevideo. Este concurso termina el próximo lunes, con la designación de los cien profesionales.

También estamos realizando las bases del llamado a concurso de oposición y méritos, para completar el nombramiento del resto de los profesionales del equipo de la salud que se necesita para mejorar los servicios del Estado. Se trata de 150 enfermeras universitarias, licenciadas en enfermería, como así también de auxiliares de enfermería.

De esta manera fortaleceremos el primer nivel de atención y los centros hospitalarios, fundamentalmente, en el interior del país.

Aparte de trabajar sobre estas líneas generales, en las cuales hemos enfocado el transitar hacia la reforma del sistema de salud, también lo hemos hecho en la descentralización de ASSE, cuyo proyecto de ley ya ha sido enviado al Parlamento, luego de estar durante unos meses en consulta pública. Fue presentado en marzo del corriente año al Consejo de Ministros; posteriormente estuvo en consulta pública y luego, el 6 de julio, dimos su aprobación final en el Consejo Consultivo de Salud para los Cambios, ámbito donde participan las gremiales de trabajadores públicos y privados, así como las de profesionales de Montevideo y del interior del país. Asimismo, en el correr de este año también se integró la representación de los usuarios. Realmente creemos que en caso de aprobarse, será una importante ley que en el año 2007 contribuirá a que los servicios de salud del Estado puedan tener un rol importante en lo sanitario y en la modificación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en la medida que un servicio descentralizado cuenta con más agilidad desde el punto de vista presupuestal y con la posibilidad de llegar a acuerdos importantes en diversas actividades.

Asimismo, a través de lo que ha aprobado este Parlamento antes de nuestra gestión -es decir los € 15:000.000 correspondientes al canje de deuda con Italia- contaremos con la incorporación de nueva tecnología y equipamientos en el año 2007, lo que favorecerá el desarrollo del primer nivel de atención y el cambio de modelo.

El otro eje importante que nos interesaría destacar es que los artículos que vienen en este proyecto tienen que ver con la mejora en la remuneración de los recursos humanos, lo cual va acompañado de beneficios, que entendemos deben tomarse como objetivos sanitarios cuando se plantee reformular el rol de la atención de los servicios de salud. Con el Presupuesto del año 2005, en el Ejercicio 2006 hemos comenzado con la presupuestación de funcionarios.

Como es de conocimiento de los señores Senadores, encontramos un régimen de contratación múltiple para los funcionarios del Ministerio de Salud Pública. Creemos que es uno de los sectores de la vida ciudadana donde es importante, cuando ingresan a la actividad, que se pueda visualizar el desarrollo de una carrera a futuro, lo que da lugar a la estabilidad del trabajador y, también, a la mejora continua de la calidad de los servicios. Esto se logra incorporando la metodología de formación continua del recurso humano en salud. Hemos volcado muchos esfuerzos en el mejoramiento del diseño de la carrera funcional, y también hemos repartido en el Consejo Consultivo de Salud para los Cambios un borrador del Estatuto del Trabajador de la Salud. El articulado contiene mejoras salariales para los profesionales médicos y para los trabajadores no médicos a partir del año 2007, que surgen de la necesidad de tener mejores retribuciones en el sector público, a los efectos de mejorar la gestión y, como decía anteriormente, diseñar una carrera.

De la misma manera que el articulado incluye estas mejoras salariales y tenemos un aumento presupuestal importante a esos efectos, también debemos considerar la regularización de los médicos de familia, que serán presupuestados distribuyendo su actual costo entre todos ellos, incluyendo el pago de los aportes previsionales, que es un elemento importante hacia el cambio de modelo y el desarrollo del primer nivel de atención.

Por otro lado, hay un aumento en los gastos de funcionamiento e inversiones a los efectos de continuar con la política de mejora de las prestaciones que el Ministerio de Salud Pública brinda a los usuarios y también con la remodelación de edificios que es necesario poner al día, luego de períodos muy largos en que no ha habido mantenimiento de plantas físicas. Es decir que estamos hablando de poner en funcionamiento nuevos servicios y a la vez realizar un mantenimiento continuo de las instalaciones ya existentes. Siempre decimos que el Ministerio de Salud Pública cuenta con 280.000 metros cuadrados construidos, por lo que cuando lo pensamos en dimensión edilicia, es una cifra realmente impactante. Si el mantenimiento se fuera a hacer de acuerdo con los parámetros de la construcción, nos llevaría el presupuesto de cinco años. Por lo tanto, hemos ido incrementando los recursos de inversiones, pero sin lugar a dudas vamos a mantenernos dentro de las posibilidades que el país tiene para hacer frente a mayores inversiones, es decir, no vamos a alcanzar el óptimo que todos desearíamos tener en nuestros hospitales públicos.

Acaba de llegar el Director General de ASSE, por lo que pediría al señor Presidente autorización para que ingrese a la Sala.

SEÑOR PRESIDENTE.- Con mucho gusto.

(Ingresa a Sala el Director General de ASSE, doctor Tabaré González)

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Quedamos a las órdenes para responder las preguntas que los señores Senadores estimen pertinente realizar.

SEÑOR GAMOU.- Mi pregunta refiere a un tema que ha estado en la prensa. Quisiera saber si la señora Ministra puede informarnos cuánto es efectivamente el aumento que reciben los funcionarios médicos del Ministerio de Salud Pública, si se toma el período que va del 1º de marzo de 2005 al 1º de enero de 2007.

SEÑOR RUBIO.- Señor Presidente: me parece que sería conveniente -dado que el procedimiento ha sido muy productivo en otros casos- que la señora Ministra comente brevemente el contenido de cada artículo, porque muchas preguntas tienen su respuesta en el propio articulado.

SEÑOR PRESIDENTE.- En ese caso le pediríamos a la señora Ministra que responda en primer lugar la pregunta del señor Senador Gamou y luego realice un comentario del contenido de cada artículo.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- La mejora en los niveles salariales respecto al inicio de la Administración, correspondiente al aumento a los profesionales, ha sido del 167%.

SEÑOR MICHELINI.- ¿Del 167%?

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Así es, señor Senador.

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración el artículo 13, que sería el primero referente al Ministerio de Salud Pública.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Este artículo corresponde a las inversiones con destino a equipamiento, mantenimiento y reparaciones de los distintos centros de asistencia médica. Fundamentalmente está destinado a la Administración de los Servicios de Salud del Estado y, dentro de ella, se dará prioridad a las mejoras edilicias del interior del país. Me refiero al primer nivel de atención, policlínicas y hospitales del interior del país.

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración el artículo 25.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Se trata de una partida con destino a gastos de funcionamiento, sobre todo para un aumento en el gasto en medicamentos y vacunas, así como para aquellas situaciones que se han planteado, fundamentalmente, en ASSE.

SEÑOR PRESIDENTE.- Los artículos siguientes son de carácter general. No sé si desean hacer algún comentario sobre el artículo 32, que es sobre cargos presupuestados.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- En realidad, según el Presupuesto Quinquenal, nosotros tenemos la posibilidad de presupuestar a los funcionarios del Ministerio de Salud Pública. Por tanto, nuestro Inciso está comprendido en el Presupuesto Quinquenal.

SEÑOR VAILLANT.- Creo que la señora Ministra está haciendo referencia al artículo 34.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Tiene razón, señor Senador.

De todas formas, aprovecho para decir que el artículo 32 merece una modificación que, en su momento, vamos a presentar. Este artículo dice: "Los funcionarios que ocupen cargos presupuestados en los Escalafones B, C y D, en los Incisos 02 a 15," -naturalmente, comprende también al Ministerio de Salud Pública- "podrán optar por ser designados en cargos del Escalafón A o B, siempre que acrediten haber obtenido los respectivos títulos". Esto significa la posibilidad de presupuestar en los escalafones profesionales a quienes pudiesen regularizar sus situaciones. Sin embargo, este artículo se refiere sólo a los Escalafones B, C y D, lo que es un error, porque en cualquier otro escalafón también puede haber un funcionario que haya accedido a un título profesional. Por tanto, donde dice "Escalafones B, C y D" debe agregarse "E y F", de manera que queden comprendidos todos los funcionarios.

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración el artículo 69.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Se trata de las partidas presupuestales destinadas al aumento diferencial que han tenido los profesionales y los no médicos dentro del Ministerio de Salud Pública para hacer efectivos sus salarios en el año 2007.

SEÑOR PRESIDENTE.- A la Mesa no le consta que haya algún otro artículo referido directamente al Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR ALFIE.- La señora Ministra afirmó que el aumento a los funcionarios médicos es del 167%.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Se refiere al salarial mínimo.

SEÑOR ALFIE.- ¿Cuánto es el aumento a los funcionarios no médicos?

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Es del 12%.

SEÑOR ALFIE.- Sobre el salarial mínimo, puede ser; de lo contrario absorbía todo el aumento de la Administración Pública, pues el índice total es de alrededor de un 10%. Creo que los salarios del Ministerio de Salud Pública representan casi el 7% del total, y si la mitad son médicos y la otra mitad no -más o menos esa debe ser la relación ...

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- No, son menos los médicos.

SEÑOR ALFIE.- ¿Cuántos son los médicos?

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Son unos cuatro mil.

SEÑOR ALFIE.- Pero cuántos son en porcentaje.

SEÑOR PRESIDENTE.- Solicito que no se dialogue.

SEÑOR ALFIE.- La primera pregunta estaría contestada.

Se habló de un gran impulso a la inversión; sin embargo, mirando los números, vemos que la inversión del Ministerio bajó un 10% el año pasado. Además, sobre la asignación presupuestal de $ 187:000.000, se ejecutaron $ 80:000.000, es decir, menos del 40%. Pediría que se me explicara esto, porque no llego a entender dónde está el gran impulso.

SEÑOR OLESKER.- La asignación presupuestal que nosotros recibimos para inversiones tenía dos componentes -ambos estaban incluidos en el techo presupuestal-: la mitad eran recursos presupuestales y la otra mitad tenía que ver con el préstamo de cooperación italiana, que estaba dividido entre 2006 y 2009 en cuatro cuartos. Por razones de procedimientos licitatorios y demás, las partidas del préstamo italiano del año 2006 no se ejecutaron y se van a ejecutar corridas a 2007. Eso explica la parte no ejecutada del proyecto de inversiones.

SEÑOR DA ROSA.- Quisiera hacer dos preguntas. Respecto del artículo13, la señora Ministra ha expresado que la partida de $ 50:000.000 que se prevé como "Inversiones a Reasignar" con destino a equipamiento, mantenimiento y reparaciones en centros de asistencia médica, se piensa destinar, fundamentalmente, a centros de atención en el interior del país. La pregunta es si dentro del rubro "equipamiento" se considera el servicio de ambulancias, que es imprescindible para la atención en los centros auxiliares, sobre todo en el interior, donde están lejos de los centros hospitalarios.

La segunda pregunta no está tan referida a la Rendición de Cuentas, pero es el marco dentro del cual se tiene que entender todo el tema de la Rendición de Cuentas. Concretamente, quisiera saber a qué altura está el tema de la implementación del Seguro Nacional de Salud. En el Presupuesto quinquenal fue previsto y se aprobaron dos artículos que serían las bases sobre las cuáles se implementaría el Sistema Nacional de Salud y el Seguro Nacional de Salud.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Daré una respuesta de carácter general a ambas preguntas.

Las ambulancias están dentro de "equipamiento" y ya están pensadas. De hecho, este año ha comenzado un proceso de licitación para la compra de 12, pero seguramente necesitaremos ampliar la licitación para incorporar 20 ambulancias. También será así el próximo año, porque si bien los edificios tienen carencias, el parque automotriz de ASSE -lo puede explicar con más detalle el doctor Tabaré González- es verdaderamente muy obsoleto y tiene muchas dificultades. Como el señor Senador conoce, hay grandes problemas en los traslados a las localidades más apartadas del medio rural y del interior del país. Por tanto, es una constante preocupación y están incorporadas en ese ítem.

También quisiera hacer referencia a que, en realidad, dentro del equipamiento que el préstamo de Italia va a proporcionar a los servicios de salud del Estado, está contemplada la potenciación de la imagenología del Hospital Universitario -Hospital de Clínicas- y que el proceso licitatorio ha sido demorado por dificultades que ha tenido la Organización Panamericana de la Salud o por un tratamiento más burocrático por parte de la persona que se debe encargar de revisar todos los llamados a licitación. La Unidad Ejecutora encargada ya tiene prontos los borradores de la licitación y han sido enviados a Italia, que tiene que darnos el visto bueno. Además, tiene que haber un equipo de la Organización Panamericana de la Salud, cuya contratación ha sido compleja y extensa, porque se hizo un llamado internacional al que se presentaron, por suerte, más de 140 profesionales del mundo entero, y este proceso recién se ha terminado.

Debo manifestar que dentro del equipamiento ha sido priorizado el primer nivel de atención, pero sobre todo los hospitales del interior, a fin de aumentar su capacidad resolutiva.

Con relación al Seguro Nacional de Salud, creo que el seguimiento de este proceso, felizmente, ha tenido bastante difusión. La formación de un Sistema Nacional Integrado, en el que esté presente la potencialidad de los sectores privado y público y para el que ya se ha aprobado en el Presupuesto la definición de las instituciones, es un proceso en el que estamos trabajando y avanzando cotidianamente. Dentro de esos avances hemos profundizado fundamentalmente en el marco regulatorio del sector privado y en la construcción de programas con el sector privado, con la participación activa de integrantes del Consejo Consultivo de los Programas de Atención Integral a la Salud, que tienen que ver con la atención a la mujer y al niño. Se está trabajando, además, en lo que tiene que ver con la atención integral odontológica que deberán prestar las instituciones de asistencia médica que participen del Sistema y del Seguro. También estamos abocados al Programa de Salud Mental; precisamente, la semana próxima vamos a recibir a dos expertos de la Organización Panamericana de la Salud que van a colaborar con el afinado de este Programa, que deberán llevar adelante los sectores público y privado del país.

Estamos avanzando en el proyecto de ley que va a definir el marco conceptual del Sistema y del Seguro, que de acuerdo con lo solicitado por el señor Presidente de la República vamos a tener pronto en noviembre del año en curso.

Como informaba antes, hemos presentado el proyecto de ley de descentralización de ASSE, que es uno de los ejes fundamentales para la construcción del sistema integrado, para dar al Estado la capacidad de ejecutar las políticas sanitarias, y al Ministerio de Salud Pública la posibilidad de ejercer una verdadera rectoría en todos los ámbitos, tanto públicos como privados.

También hemos presentado a las instituciones y los trabajadores, para su discusión, el borrador del Estatuto del Trabajador de la Salud. Creemos que esta es una herramienta insoslayable dentro de todo este proceso hacia la construcción del Seguro.

Hemos marcado etapas de transición que suponen el aumento de la base de beneficiarios de la Seguridad Social. A propósito de estas etapas, si el señor Senador lo desea y al señor Presidente le interesa, le pediríamos al contador Olesker que haga una breve reseña, para que se vea dónde pensamos que debe aumentarse dicha base para construir el Fondo Nacional de Salud, pero también como forma de involucrar cada vez más a los prestadores con los prestatarios, teniendo la posibilidad de controlar y fiscalizar el real cumplimiento de las políticas de salud.

Si el señor Presidente lo permite, el doctor Tabaré González desea realizar algunas puntualizaciones.

SEÑOR GONZALEZ.- Con respecto a la pregunta vinculada a la inversión, queríamos reafirmar algo que ya dijo la señora Ministra.

De acuerdo con las necesidades muy sustantivas y superiores a las que hoy día puede disponerse por la vía presupuestal, hemos ido analizando todos los caminos. Como decía la señora Ministra, el tema del préstamo italiano también articula elementos sustantivos de ese equipamiento.

En lo que tiene que ver con el transporte, estamos analizando las licitaciones en curso y las que se van a ampliar con los recursos que están en discusión. Además, queremos señalar que hay un trabajo muy sostenido en materia de cooperación internacional, que es una fuerte línea que se recibe a

través de ese camino. En el transcurso de este año ya hemos recibido 16 ambulancias de distintos orígenes, que han sido distribuidas en distintos servicios.

Hay otro aspecto sobre el que estamos avanzando, que tiene que ver con mecanismos de articulación de los recursos del sector público, en particular de aquellos que tienen distribución a escala nacional -como por ejemplo, los Ministerios del Interior y de Defensa Nacional- para elaborar un plan de cooperación en materia de transporte que nos facilite a todos una optimización en ese aspecto. Hoy por hoy, tenemos una realidad muy concreta en cuanto a la pérdida de tiempo y de recursos. Esto ocurre muy frecuentemente en nuestro Instituto de Traumatología, con un 52% o 54% de pacientes del interior del país que son traídos a Montevideo. Aquí se les realiza los procedimientos terapéuticos correspondientes y luego, para volver a su lugar de origen, permanecen sin necesidad durante cuatro, cinco o seis días, porque el tema del transporte los está condicionando.

Aclaro que esta situación no se va a resolver sólo por la vía del transporte; entre las líneas de inversión que figuran en el artículo 13, por ejemplo, se da un paso inicial para resolver el problema en traumatología de los hospitales del interior, a fin de darle a los traumatólogos de esos hospitales recursos tecnológicos e instrumental que les permita realizar procedimientos en el propio departamento. Como ese equipamiento -que los traumatólogos llaman "la cajita viajera"- tiene cierto costo, se ha hecho una primera etapa que está contenida dentro de las inversiones. Ello implica tener cinco equipos disponibles para enviar a cualquier centro del interior -este es un país muy chico y en ese aspecto no hay tanta dificultad- que contengan los equipos de osteosíntesis, así como el resto del material correspondiente -tornillos, clavos, etcétera- para hacer ese tipo de procedimiento. Con esto se va a facilitar no sólo la resolutividad y la falta de molestias a todos los pacientes y sus familias, sino que también se van a quitar presiones innecesarias sobre los hospitales de Montevideo.

Entonces, el tema no es sólo aumentar recursos que se necesitan, sino también visualizar un mejor uso de ellos y pensar que el sistema implica también hacer reformas internas dentro de la propia estructura de ASSE.

SEÑOR RUBIO.- Quería saber si entendí bien un dato. La cooperación global italiana es de € 15:000.000. Ahora bien, ¿qué parte se recibiría en el 2007?

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Esa es la cifra, señor Senador, y la idea es que se reciba lo antes posible. A esos efectos, el Ministerio creó una Unidad Ejecutora que confeccionó los pliegos para los llamados con el fin obtener los materiales e instrumentos necesarios para la resolutividad en el primer nivel de atención en Montevideo, en el interior y en algunos centros hospitalarios. La idea es, por ejemplo, poner el "block" quirúrgico de Mercedes a nuevo, con todo el equipamiento e infraestructura edilicia. Para ponerlo en práctica, el pliego debe ser aprobado por el Gobierno de Italia, tiene que venir el asesor de la Organización Panamericana de la Salud quien, a su vez, tiene que contratar a otras personas para la supervisión del proceso de licitación.

Los pliegos ya están hechos, pero el proceso de licitación necesita, de acuerdo con lo que también ha establecido el Parlamento, el seguimiento de la Organización Panamericana de la Salud, a través de la designación de personal idóneo. Eso es lo que estamos esperando para empezar el proceso y que ello nos brinde la posibilidad de incorporar la tecnología más sencilla en 2006, y en 2007 los equipos más complejos, como tomógrafos, resonador, etcétera.

SEÑOR RUBIO.- O sea que estaríamos hablando para 2006 y 2007.

En la Comisión de Asuntos Internacionales del Senado tenemos a consideración el tratado con Venezuela relativo al Hospital de Clínicas. Me gustaría saber si están manejando tiempos con relación a ese tema.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- En realidad, como el señor Senador conoce, el Hospital de Clínicas pertenece a la Universidad de la República, que es autónoma y cogobernada.

SEÑOR RUBIO.- De todas formas, algún tipo de acuerdo tendrán.

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- Efectivamente, coordinamos servicios y programas. El Hospital de Clínicas ya lleva una ejecución de aproximadamente U$S 6:000.000 de los

U$S 10:000.000 que tenía asignados. Con relación al equipamiento que pondría el Ministerio de Salud Pública, todavía no podemos decir los costos; de todas formas, podemos afirmar que hemos acordado con el hospital la compra de un nuevo tomógrafo y de un resonador, que hoy no tiene.

SEÑOR OLESKER.- Para complementar lo señalado por la señora Ministra sobre el proceso de la reforma, en lo que se refiere al componente de la ampliación de la seguridad social -que está incluido como un elemento de tránsito hacia la reforma- y a la universalización en el acceso, nos hemos planteado, fundamentalmente, alcanzar ciertos mojones que se relacionan con esa ampliación. En primer lugar, nos hemos propuesto que todos los trabajadores accedan al derecho a una prestación en salud por la seguridad social. En la Ley de Presupuesto este beneficio se otorgó al personal docente y no docente de Secundaria y la UTU -es decir, la ANEP, excepto Magisterio, que ya lo tenía- y en el correr de este año, en el marco de un acuerdo de negociación colectiva entre el Gobierno Nacional y los sindicatos de la Administración Pública, se alcanzaría a los trabajadores de la Administración Central y de los organismos incluidos en el artículo 220 de la Constitución de la República -excepto los trabajadores de la ANEP, que ya lo tienen- que no tuvieran ningún tipo de cobertura de salud. O sea que quedan incluidos los trabajadores de todos los Incisos, a excepción de los aquellos que tienen su propia estructura hospitalaria y un pequeño grupo de trabajadores del Ministerio de Transporte y Obras Públicas pertenecientes a la Dirección de Arquitectura, que estaban en DISSE por una cuestión, digamos, histórica y que ahora acceden como si fueran trabajadores privados al sistema de la ex DISSE. De modo que el primer mojón a alcanzar es el ingreso de todos los trabajadores. Luego nos planteamos familiarizar el acceso a la prestación en salud de todos los contribuyentes de la seguridad social, comenzando por los hijos menores de 18 años y luego por las o los cónyuges. Finalmente, el cuarto mojón que proponemos refiere a los jubilados. Como saben todos los señores Senadores, los jubilados en el Uruguay no tienen acceso al sistema de seguridad social de la salud, excepto un pequeño grupo llamado “los jubilados de la franja” - dicho en lenguaje corriente- que están por debajo de un cierto nivel de ingreso. El resto de los jubilados entrarían en este cuarto mojón.

Para terminar, voy a hacer dos comentarios. En primer lugar, en este proceso de ampliación de la seguridad social, los señores Senadores van a recibir, seguramente, un proyecto de ley relativo a los trabajadores públicos. No hay que olvidar que cualquier cambio en el sistema de aportación requiere un marco legal y, en este caso, es nuestra intención incluir -como lo establece la Ley Nº 14.407, que crea el seguro social de los trabajadores- una disposición en virtud de la cual los trabajadores puedan optar por un prestador de salud, independientemente de su pertenencia al sistema público o al privado. Por alguna razón, en cierto momento se dictó un decreto que limitó la posibilidad de elección al subsector privado y por nuestra parte, existe la intención de incorporar a ASSE como un prestador elegible. Obviamente, para ese momento, esperamos que el proyecto de ley de descentralización de ASSE ya haya completado su trámite para que pueda actuar como un prestador descentralizado y que, efectivamente, cuente con todas las garantías de contratación y competencia para los usuarios de la seguridad social. Esa era la primera consideración final que quería realizar.

En segundo término, quiero referirme a que en este proceso de ampliación de la base de la seguridad social, el Ministerio de Salud Pública quiere potenciar y profundizar lo que está incluido en el Presupuesto Nacional, acerca de su rol regulador y de rectoría. El Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social contratan servicios de salud para un número muy importante de trabajadores, y hasta la instalación del nuevo Gobierno habían actuado, prácticamente, como una caja recaudadora que no controlaba el tipo ni la calidad de las prestaciones que se daban. La idea, ahora, es que este proceso de contratación nueva que se genere, se acompañe de un rol de rectoría importante sobre las prestaciones que las instituciones privadas -y ahora también las públicas- están obligadas a dar a los usuarios que adquieran el beneficio de la seguridad social.

SEÑOR RUBIO.- Quisiera saber si este criterio de la posibilidad de optar por un sistema u otro se mantendrá también para las otras franjas que se van a ir incorporando.

SEÑOR OLESKER.- Efectivamente así es, señor Senador.

SEÑOR CAMY.- En principio, quiero saludar a la señora Ministra y a sus asesores.

Por otra parte, con referencia a las recientes consideraciones que ha realizado el economista Olesker, focalizadas en lo que publicó la prensa en el día de hoy, quisiera formular algunas preguntas específicas, obviamente, más allá de lo que contiene el articulado del proyecto.

En primer lugar, quisiera saber cuánto se piensa recaudar con la duplicación del aporte de los trabajadores a DISSE y si se estimó qué impacto se espera que eso tenga sobre el mercado de trabajo.

En segundo término, pregunto si ese aumento sería transitorio y sustituido luego por el nuevo Impuesto a la Renta previsto en la reforma tributaria, o si se aplicaría como adicional a dicha reforma.

En tercer lugar, me gustaría saber cómo se racionalizará ese impuesto para el caso de las familias integradas por más de un trabajador dependiente y si en ese caso se aceptaría la existencia de duplicaciones.

En cuarto término, tomando en cuenta que en la actualidad el sistema funciona con el aporte del 3% que realiza el trabajador, además del 5% que le corresponde aportar al patrón, quisiera saber si tal como sucede ahora -en el sentido de que si la suma de ambos no es suficiente, se absorbe la diferencia por parte del patrón- en el sistema que se propone, específicamente en el caso de que los descuentos no fueran suficientes, será el patrón quien deberá cubrir la cuota mutual de todo el grupo familiar.

He querido formular concretamente estas preguntas a los efectos de poder entender bien la propuesta del Ministerio.

Finalmente, pido disculpas si alguna de mis preguntas ya han sido respondidas en el transcurso de la sesión, cuando no me encontraba presente en Sala. Aclaro, nuevamente, que estoy formulando estas interrogantes basándome, específicamente, en lo que fue publicado en el día de hoy en la prensa, donde también se maneja una cifra de noventa y tres millones como una suerte de aporte del Estado. En caso de ser cierta esa información, me gustaría también conocer qué asignación tiene esa suma, es decir, si es para Rentas Generales, por ejemplo.

SEÑOR OLESKER.- En primer lugar, debe quedar claro que en este caso no habrá aporte patronal. Es obvio que un proceso de socialización de la atención de la salud a toda la familia, con los niveles de ingresos que tiene el país, está muy lejos de ser cubierto con los aportes de los trabajadores; deberíamos llegar a tasas prácticamente inabordables.

Por lo tanto, entendemos necesario un aporte fiscal. Es así que hablamos de mojones y no establecemos fechas, dado que no sólo depende de decisiones de implementación práctica o política, sino también de tiempos de ejecución del propio Presupuesto y de la Rendición de Cuentas. Entonces, el complemento de la cuota -es decir, el aporte- lo hará el Fondo solidariamente a partir de los recursos públicos que se irán incrementando en salud, a medida que el Presupuesto y la Rendición de Cuentas lo permitan.

En segundo término, advierto que no habrá duplicaciones. Precisamente, este es uno de los puntos neurálgicos del sistema de información que requiere este tipo de cuestiones. Eso implica tener muy identificados a los contribuyentes, a sus hijos, etcétera. Si bien hoy contamos con una buena información sobre el número de niños a través del sistema de Asignaciones Familiares, no hay una relación biunívoca con sus padres diferenciados. La cobertura que se pretende tener con esta ampliación incluirá a todos los hijos, independientemente del número. Obviamente, para los cálculos se toma una familia promedio. Sabemos que hay algunas que están por encima y otras por debajo de ese promedio pero, en definitiva, todos los menores de 18 años quedarán incluidos.

SEÑOR CAMY.- Quedó pendiente la respuesta a la primera de mis preguntas, acerca de cuánto se espera recaudar con la duplicación del aporte de los trabajadores a DISSE.

SEÑOR OLESKER.- Esos cálculos todavía no los tenemos. De todos modos, esa pregunta estaba relacionada con otra acerca de qué impacto se espera tener en el mercado de trabajo. Creemos que la inclusión de un beneficio de tal magnitud -comparamos los beneficios que recibe el núcleo familiar con el aporte adicional- servirá de estímulo para la formalización del mercado de trabajo. Naturalmente, no tenemos la estimación. Los equipos técnicos del Banco de Previsión Social están trabajando junto con el Ministerio, analizando esta situación. Más allá de eso, entendemos que habrá un impacto positivo en la formalización a partir de este esquema de inclusión.

SEÑOR DA ROSA.- La señora Ministra hizo referencia al proceso de descentralización de ASSE y habló de un proyecto de ley que próximamente enviaría al Parlamento. ¿Podría adelantar algunos de los lineamientos fundamentales de esa iniciativa o de lo que está en elaboración respecto de ese proceso de descentralización?

SEÑORA MINISTRA DE SALUD PUBLICA.- El proyecto de ley ya ingresó al Parlamento. Entonces, la consideración más general que podemos hacer es que creemos que los servicios deben tener la posibilidad de hacer acuerdos con otras instituciones para mejorar la calidad de atención a la ciudadanía e integrar verdaderamente un sistema. El Ministerio de Salud Pública debe reservarse el rol de policía sanitaria y rectoría real e igualitaria para ambos subsistemas, que tampoco los concebimos estáticos ni iguales a lo que son hoy, sino dinámicos y en permanente movimiento, con posibilidad de hacer acuerdos para prestaciones sanitarias y de salud a la población que atienden.

Como innovación, se propone un Directorio político integrado de la siguiente manera: tres miembros designados por el Poder Ejecutivo, un representante de los usuarios y otro de los trabajadores. Creemos que este es un elemento importante que también tratamos de incorporar en todas las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva. Tal como es de conocimiento de los señores Senadores, sólo el mutualismo cuenta con la activa participación de los usuarios y de los trabajadores en los equipos de dirección. Consideramos que la visión del usuario es realmente muy importante y debe estar presente en toda la línea -desde las definiciones de políticas de salud- y es por eso que hoy tenemos un Consejo Consultivo. En el proyecto de ley tendremos lo que está establecido en las bases programáticas, como una Junta Nacional de Salud, pero entendemos que el tema de las políticas sanitarias es de activa participación de los usuarios y de la ciudadanía en general. Por lo tanto, en la configuración del Directorio de ASSE, ese es un elemento importante que nos parece de interés destacar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si ningún otro señor Senador desea hacer alguna consideración, sólo resta agradecer la comparecencia de la señora Ministra de Salud Pública, del señor Subsecretario, del señor Director General y del señor Director de ASSE.

La Comisión pasa a un cuarto intermedio hasta las 16 y 50, hora para la que está previsto el arribo de la señora Ministra de Desarrollo Social.

(Así se hace, a la hora 16 y 12 minutos)